

Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia

Federal financing and local management of social policies: the balance among regulation, accountability and autonomy

Marta Arretche ¹

Abstract *The article argues that local governments had already taken over the management of health care policy in Brazil. Yet, there's no guarantee that local management will necessarily imply accountability, efficiency, as well as universal and equitable access to health care. It heavily depends on the incentives and controls upon local governments. Those are related to public policies institutional design. SUS built up, between 1988 and 1993, a complex institutional structure through decisions are to be taken, in order to accomplish health policy goals and answer new problems posed by reform implementation. The article analyses the SUS's institutional tools to induce local government actions committed to citizens welfare and health care quality. It concludes that although these mechanisms are not yet in their full operation, the challenge consists more in making them work better than replacing them by any other else.*

Key words *Intergovernmental relations, Local governments, Institutions*

Resumo *O trabalho argumenta que os governos locais já assumiram a gestão da atenção básica à saúde no Brasil. No entanto, não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. A qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes estão submetidos. Estes últimos, por sua vez, derivam do desenho institucional das políticas. O SUS construiu, entre 1988 e 1993, uma complexa estrutura institucional para a tomada de decisões, a qual deve viabilizar a realização dos objetivos da política de saúde, bem como respostas aos novos desafios próprios à sua implementação. O trabalho analisa os mecanismos institucionais que deveriam produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da atenção à saúde. Conclui que ainda que estes não funcionem plenamente, o desafio consiste mais em amadurecer a utilização desta estrutura institucional e menos em redesenhá-la.*

Palavras-chave *Relações intergovernamentais, Governo local, Instituições*

¹ Departamento de Antropologia Política e Filosofia/Unesp, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Rodovia Araraquara Jaú s/nº, 14800-901, Araraquara SP. arretche@uol.com.br

Já não é nenhuma novidade afirmar que nas últimas décadas a gestão local de políticas públicas tem sido portadora de expectativas as mais positivas com relação a resultados desejáveis da ação do Estado. Democratização do processo decisório; eficiência na gestão das políticas públicas; controle social; qualidade da informação entre decisores, provedores e beneficiários estão no topo da lista dos resultados virtuosos da descentralização, em oposição aos vícios e problemas gerados pelas estruturas centralizadas instituídas ao longo do século 20. Entretanto, ainda são poucos os estudos empíricos que analisam de forma objetiva os resultados alcançados pela gestão descentralizada, como atestam as revisões dessa literatura (Peterson, 1994; Prud'Homme, 1995; Bossert, 1996; Collins, 1996; Cohen e Peterson, 1996). E raros são os estudos que examinam as condições sob as quais esta pode de fato produzir os resultados esperados por seus defensores.

Escrever este artigo sobre a política de saúde no Brasil, e submetê-lo à crítica de especialistas em políticas públicas, me pareceu uma grande oportunidade para refletir sobre o tema e, quem sabe, oferecer alguma contribuição. O argumento é simples e pode ser resumido do seguinte modo: os governos locais já assumiram a gestão da atenção básica à saúde no Brasil. No entanto, não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. A qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes estão submetidos. Estes últimos por sua vez derivam do desenho institucional das políticas. Penso que o SUS construiu, entre 1988 e 1993, nos marcos da democracia e do federalismo, uma complexa estrutura institucional para a tomada de decisões, a qual deve viabilizar a realização dos objetivos da política de saúde, bem como respostas aos novos desafios próprios à sua implementação. Neste trabalho, concentrei minha análise nos mecanismos institucionais que deveriam produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da atenção à saúde. Concluo que ainda que estes não funcionem plenamente, o desafio consiste mais em amadurecer a utilização desta estrutura institucional e menos em redesenhá-la.

Talvez seja um mero exercício acadêmico perguntar-se quando se completou a reforma da saúde no Brasil. Também não há consenso sobre seu início: se no final dos anos 70, com os

primeiros encontros do movimento sanitário; se em 1988, com a definição constitucional dos objetivos da reforma; ou ainda, se no início dos anos 90, quando a NOB/93 começou efetivamente a descentralizar o sistema de saúde. Sem data precisa de início e de fim, fica sem dúvida mais difícil definir o tempo de duração da reforma. Mas, o fato concreto é que ela já aconteceu. Já não se trata mais de avaliar um processo de reformas, mas a gestão de uma política cujos mecanismos de operação já estão institucionalizados.

É certo que novos mecanismos de gestão serão introduzidos no SUS, pois o processo de construção do desenho institucional de uma política nunca acaba. Não apenas pela necessidade de um contínuo aperfeiçoamento de seus mecanismos de gestão, mas também porque todo desenho de política é resultado do conflito entre distintos grupos burocráticos e de interesse e os grupos perdedores estão permanentemente buscando oportunidades políticas para introduzir os mecanismos institucionais que mais lhes interessam (Moe, 1989). Modificações nos instrumentos não significam, contudo, modificação de paradigma, isto é, na hierarquia de objetivos de uma política pública (Hall, 1993).

A mudança de paradigma representada pelo SUS não foi de pouca monta. Este alterou simultaneamente a trajetória da formação do Estado brasileiro, baseada na centralização, e a concepção prévia de cidadania, assentada sobre a vinculação entre direitos sociais e inserção no mercado formal de trabalho – a cidadania regulada (Santos, 1979) –, ambos com origens nos anos 30. Embora características do modelo anterior tenham permanecido pouco ou nada tocadas – a articulação público X privado na provisão de serviços; a natureza do contrato de trabalho dos médicos que prestam serviços ao setor público; a insuficiente regulamentação do setor de saúde suplementar até 1998 –, o fato é que, ainda assim, o Brasil substituiu um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado por um modelo em que o *direito legal* de acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade é universal e no qual a prestação de serviços está organizada de modo hierarquizado e descentralizado.

A extensão da descentralização

Em maio de 2002, 5.537 dos 5.560 municípios – 99,6% do total – e 12 estados estavam habilitados na NOB/96. Dos municípios, 564 estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal e 4.973, na Gestão Plena da Atenção Básica (consulta à Secretaria de Assistência à Saúde). A maior parte das habilitações ocorreu em 1998, ano em que entrou em vigência a NOB/96 (Levcovitz *et al.*, 2001).

No ano 2000, os municípios brasileiros foram responsáveis, em média, por 89% do total da produção ambulatorial no Brasil, com um desvio padrão de 19% (consideradas todas as categorias de provedores). Em 1995, a taxa média da produção ambulatorial dos municípios era de 65% e o desvio padrão, 38% (Marques e Arretche, 2002). Portanto, entre 1995 e 2000, não apenas a participação dos municípios no total da produção ambulatorial aumentou, mas as diferenças entre eles diminuíram.

Em dezembro de 2000, a participação dos municípios no total da rede ambulatorial brasileira – consideradas todas as categorias de provedores – era de, em média, 84%, com um desvio padrão de 21%. Esta taxa – diferentemente da produção ambulatorial – já era elevada em 1998: 79%, com desvio padrão de 27% (Marques e Arretche, 2002).

A municipalização da rede ambulatorial brasileira não é recente. Entre 1981 e 1992, os estabelecimentos sob gestão municipal passaram de 22% do total para 69%, os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para apenas 5%, enquanto os sob gestão estadual de 50% para 26% (Costa *et al.*, 1999). Se considerarmos todas as categorias de provedores, em 1989, os municípios já eram responsáveis por 29% do total dos estabelecimentos de saúde e por 44% daqueles que produziam serviços de atenção básica (postos e centros de saúde) (cálculos próprios com base no IBGE-MAS, 1989). Isso significa que a municipalização da rede ambulatorial iniciou-se *antes* de 1988 e acelerou-se nos anos 90. De todo modo, é altamente significativo, como resultado do processo, que em 2000 quase 90% da produção ambulatorial e 84% da rede ambulatorial estivessem sob responsabilidade dos municípios, média esta acompanhada de desvio padrão decrescente. Isto é, não apenas a rede e a produção de serviços ambulatoriais municipalizaram-se, mas também as diferenças entre os municípios brasileiros nesta dimensão da descen-

tralização vêm se reduzindo (Arretche & Marques, 2002).

Os municípios brasileiros eram responsáveis por 9,6% do total do gasto consolidado em saúde em 1985, por 35% em 1996 (Medici, 2002) e por 43% em 2000 (Ferreira, 2002). No entanto, mais importante do que a participação na responsabilidade do gasto, é a participação no financiamento à saúde. Visto pelo ângulo de onde se originam os recursos, a participação dos municípios passou de 9,3% em 1985 para 28% em 1996; a participação dos estados variou bastante mas permaneceu ao redor de 18% naqueles anos e a participação do governo federal caiu de 73% para 53% no mesmo período (Medici, 2002). Se na década de 1980 foi notável o aumento da participação dos estados e municípios no financiamento à saúde, em meados dos anos 90 – 1994 a 1996 – *a única instância de governo que apresentou um crescimento regular nos gastos com saúde foi a dos municípios* (Piola e Biasoto Júnior, 2001). Ferreira (2002) construiu um indicador chamado Despesas Livres em Saúde e Saneamento e concluiu que, dos 4.591 municípios examinados em sua pesquisa, apenas 583 gastavam menos de 10% de suas receitas livres com saúde e saneamento (excluídas as transferências SUS) e 776 gastavam mais de 30% com saúde e saneamento, sendo que 2.100 estavam em um patamar acima de 20%.

Dados agregados escondem a variação entre os estados e entre os municípios em cada Estado. No estado do Acre, por exemplo, mais de 50% dos municípios não estavam habilitados à NOB/96 em dezembro de 2000 (Levcovitz *et al.*, 2001); a participação municipal na rede ambulatorial total era de 43%, com um desvio padrão de 36% e, na produção ambulatorial total era de 48%, com um desvio padrão de 37%. Entretanto, em 1996, a participação municipal na produção ambulatorial era de apenas 15%, com um desvio padrão de 36% (Marques e Arretche, 2002). Portanto, além de ser mais a exceção do que a regra entre os estados brasileiros, o Acre também seguiu a tendência nacional de acelerado incremento da participação municipal na produção de serviços. Em 1995, os municípios da região Norte apresentavam, em média, o mais baixo valor de gasto *per capita* em saúde: R\$6,00 contra R\$32,00 dos estados da região e R\$62,00 do governo federal na região Norte (Piola e Biasoto Jr., 2001). Entretanto, mesmo em um Estado da região Sul – cujos municípios gastavam, em média, R\$25,00 em saúde contra R\$16,00 dos governos estaduais e R\$78,00 do

governo federal em 1995 (Piola e Biasoto Jr., 2001) – como o Paraná, em que a média da produção ambulatorial municipal passou de 88% em 1995 para 94% em 2000, o desvio padrão ainda era de 10% em 2000, embora fosse 25% em 1995 (Marques e Arretche, 2002).

Em suma, a municipalização da saúde já era um fato inquestionável em 2000, no que diz respeito à adesão ao SUS, à distribuição da rede ambulatorial e da produção de serviços e, também – mas em menor medida – ao financiamento. Havia grande variação entre estados e entre municípios no tocante a esses indicadores, mas a tendência até 2000 era de redução das diferenças.

O problema da regulação, responsabilidade e autonomia

Não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência.

Em primeiro lugar, descentralização e autonomia da gestão local são termos muito genéricos, dizem muito pouco quanto à natureza dos arranjos institucionais sob os quais a gestão local das políticas pode ocorrer. Federações como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá e Estados Unidos apresentam razoável grau de variação em seus sistemas nacionais de saúde no tocante à distribuição de funções entre governo federal, estados e municípios; aos formatos institucionais através dos quais as decisões são tomadas e aos mecanismos de coordenação das relações entre os diferentes níveis de governo (Banting, 2001). Em países latino-americanos como Colômbia, Chile e Bolívia, que implementaram abrangentes programas de descentralização da saúde, o espaço de decisão dos governos locais variou significativamente entre os países e ao longo do tempo (Bossert, 2000).

Em segundo lugar, a autonomia dos governos pode produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização. Governos locais dotados de autonomia para contrair empréstimos e dependentes de um sistema nacional de transferências fiscais tendem a produzir déficits fiscais sistemáticos (Rodden, no prelo), contrariamente à expectativa de que a descentralização fiscal produziria responsabilidade fiscal. Nos EUA, a autonomia política e fiscal dos estados produz a

conhecida corrida para baixos patamares de gasto social (*race to the bottom*), devido ao temor dos governos de que programas sociais generosos atraíam migrantes pobres, o que os obrigaria a elevar impostos para financiá-los, afastando, assim, os investimentos privados (Peterson e Rom, 1990; Peterson, 1995). A descentralização das administrações regionais na Itália não foi suficiente para evitar que as diferentes administrações regionais apresentassem padrões muito distintos de eficiência e sensibilidade às demandas dos cidadãos (Putnam, 1996). Mais que isto, a proximidade entre burocracias públicas e cidadãos no nível local tenderia a elevar as possibilidades de práticas de corrupção (Rosanvallon, 1993; Tanzi, 1995), diferentemente da expectativa de que a proximidade produziria necessariamente maior controle dos cidadãos sobre seus governos.

O comportamento responsável dos governos – sejam eles locais ou nacionais – depende, não exclusivamente, mas em grande medida, dos incentivos a que estes estão sujeitos. E são em grande parte as instituições, isto é, desenhos de política, regras e normas sociais, que conformam os incentivos ao comportamento dos atores políticos (North, 1990; Przeworski, 1996). Não há dúvida de que há governos locais responsáveis e comprometidos com a eficiência da gestão e o atendimento das demandas dos cidadãos por motivos programáticos e/ou da qualidade moral de seus governantes. Mas, a responsabilidade dos governos locais – e, por consequência, a qualidade de um sistema assentado sobre a descentralização – somente poderia ser garantida exclusivamente com base no programa dos partidos e na qualidade moral dos governantes se fosse possível garantir que governantes deste tipo fossem a maioria. Como isso não é possível, retornamos ao problema dos incentivos ao comportamento responsável das gestões locais.

A análise de sistemas descentralizados de saúde mostra que o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais. Bossert (1996) demonstra como as ações dos governos locais dependem da extensão e forma em que suas decisões são reguladas pela autoridade central. Banting (2001) demonstra que países federativos que alcançaram reduzir significativamente as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentraram autoridade no governo federal e desenvolveram abrangentes sistemas de transferências inter-re-

gionais, assim como federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram mais efetivas em políticas de redução de custos. Tandler (1998) mostra que o desempenho dos governos locais na política de saúde no Ceará dependeu em grande parte da natureza dos incentivos derivados de regras estabelecidas pelo governo estadual.

Em suma, a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população. São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais.

Embora uma série de fatores de ordem não-institucional tenha importância decisiva para a qualidade das gestões locais, tais como, por exemplo, o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora dos governos (Levcovitz, 2001) e as desigualmente distribuídas necessidades de serviços de saúde da população, este trabalho pretende

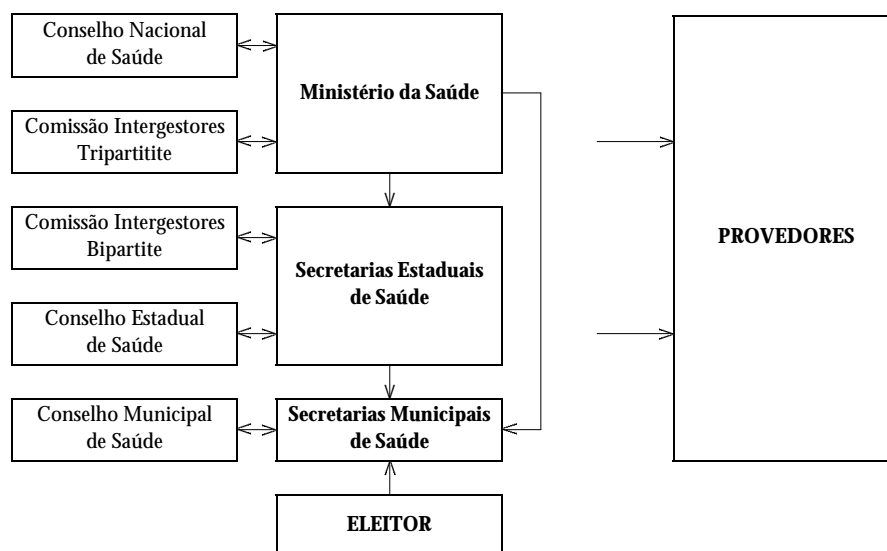
concentrar-se nas estruturas institucionais cuja operação tem influência sobre as decisões dos governos. Isto posto, examinamos a estrutura institucional formal da política de saúde no Brasil.

A estrutura institucional formal do SUS

Entre os anos de 1988 e 1993 – na Constituição Federal de 1988, nas leis 8.080/90 e 8.142/90, e na NOB/93 –, foram estabelecidas as instituições formais do SUS (Figura 1), isto é, as regras que definem os mecanismos pelos quais os diversos interessados na política de saúde pública no Brasil podem influir no processo de formulação e implementação da política de saúde.

A primeira dimensão dessa estrutura diz respeito à influência do eleitor sobre as decisões dos governantes em um regime democrático. A democracia é um regime político que se distingue pela responsabilidade dos governantes perante os governados e é por meio das eleições que essa responsabilidade é garantida (Cheibub e Przeworski, 1997). O eleitor tem a possibilidade de escolher regularmente aqueles que ocuparão os cargos executivos e, portanto, em princípio, pode definir, via escolha dos candidatos, que tipo de políticas seriam as melhores para a

Figura 1
Engenharia institucional do SUS



maioria dos cidadãos. O eleitor pode ainda punir os maus governantes, não lhes dando a possibilidade da reeleição. Em tese, o mecanismo do voto deveria funcionar como um incentivo para que os governos atuassem de modo responsável e em favor do bem-estar dos cidadãos.

Uma segunda dimensão da estrutura institucional do SUS diz respeito à natureza das relações entre os níveis de governo, uma vez que a Constituição de 1988 estabeleceu que o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população, e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função. A lei 8.080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (Costa *et al.*, 1999). Em conjunto, a regra constitucional e a da Lei Orgânica da Saúde estabeleceram a distribuição de funções entre os níveis de governo no SUS. No modelo brasileiro, é o governo federal que está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais, sendo que os governos estaduais também estão encarregados do desempenho dessa função nos estados. Esse modelo de distribuição de funções – que, repito, não é o único adotado entre países federativos – tem como consequência que o governo federal – isto é, o Ministério da Saúde – está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde. A concentração das funções de financiamento no governo federal significa que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências deste ministério. Além disso, a estratégia de construir um sistema descentralizado através de portarias editadas pelo Ministério da Saúde – as NOBs – (Lucchese, 1996; 2001; Carvalho, 2001; Goulart, 2001; Levcovitz, 2001) implica que neste nível de governo está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios. No plano estadual, as secretarias estaduais de Saúde também têm poder de influência sobre as políticas de nível local, dada suas atribuições de coordenação das ações, desde que suas políticas sejam congruentes com as regras do Ministério da Saúde. A análise das relações entre os diferentes governos e seus municípios é por demais complexa para ser tratada neste artigo.

Por outro lado, a NOB/93 institucionalizou a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização. Quando se afirma que o grande mérito da consolidação da CIT e das CIBs foi a construção de espaços de negociação, pode-se entender que isso significou suprimir, respectivamente, do governo federal e dos governos estaduais, a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS que afetam os governos locais. A CIT – assim como as CIBs no plano estadual – deveria funcionar como um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade que a distribuição de funções confere ao poder executivo.

Finalmente, as garantias institucionais do federalismo – isto é, a autonomia política de estados e municípios – também devem funcionar como um contrapeso no plano local à concentração de autoridade na União, porque estados e municípios podem ser um ponto de veto à implementação de políticas federais, já que têm a prerrogativa constitucional da não-adesão aos programas iniciados pelo governo federal ou pelos governos estaduais. Em sua origem, na Convenção da Filadélfia nos EUA, o modelo federativo de Estado teve como intenção deliberada suprimir a possibilidade da tirania da União sobre os estados-membros, encarada como um grave problema dos Estados Unitários do continente europeu (Ostrom, 1987).

Portanto, no SUS o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal.

Uma terceira dimensão da estrutura institucional do SUS diz respeito às relações entre governos e sociedade civil. A Constituição Federal e as leis da Saúde institucionalizaram direitos de participação política no processo de formulação e implementação da política de saúde, nos três níveis de governo. Desse modo, a ação dos governos deveria ser debatida, discutida e/ou fiscalizada – a depender do desenho do conselho – por representantes da sociedade civil, o que deveria criar incentivos ao comportamento responsável dos governos, bem como forçá-los à prática da negociação e da consulta.

Por fim, os governos – nos três níveis da federação – deveriam ter autoridade sobre os

provedores de serviços – públicos e privados –, regulando suas atividades, de modo a garantir que os cidadãos tenham um atendimento de qualidade, gratuitamente, e que os provedores sejam eficientes, de modo a reduzir os custos de operação do sistema. Até a NOB/96, o projeto SUS pretendia que os municípios se capacitassem para regular as operações de todos os provedores de serviços – fossem eles públicos ou privados, em qualquer nível de complexidade. Basta lembrar que as regras das transferências fundo a fundo propiciavam maiores incentivos aos municípios que optassem por habilitar-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. A NOAS/2001 parece reverter essa concepção, ampliando a noção da atenção básica pela qual os municípios seriam responsáveis, e reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade (Barros, 2001). Portanto, embora esteja em curso uma mudança na concepção de qual nível de governo deva ter autoridade para regular quais tipos de provedores, permanece a concepção de que o Estado deve ter autoridade para regular os provedores de serviços.

Em suma, nas instituições formais do SUS, os eleitores e os representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde dispõem de recursos para produzir incentivos ao comportamento responsável dos governos; o governo federal dispõe de recursos para incentivar o comportamento responsável dos governos locais, mas deve consultar e negociar com representantes da sociedade civil e dos governos locais para produzir as regras de operação do sistema, assim como os governos locais têm a prerrogativa de não aderir aos programas federais; e, finalmente, os governos dispõem de autoridade para regular os provedores de serviços de saúde.

Como pode ser observado, excluí desta estrutura institucional o papel de controle dos Legislativos. Penso que a fase de implementação do SUS – a qual se sucedeu à fase de formulação dos objetivos da reforma, que redundaram no conteúdo da Constituição de 1988 e nas leis da Saúde – implicou um deslocamento da arena principal de formulação da política nacional de saúde: do Parlamento para o Ministério da Saúde. Embora o Congresso brasileiro tenha sido uma arena importante para a aprovação de decisões destinadas a superar as recorrentes crises de financiamento da política – aprovação da CPMF e EC n. 29/00, por exemplo –, assim como tenha recursos institucionais para fiscalizar desvios na execução das leis, como a

instalação das CPIs, por exemplo –, a aprovação congressual não é o mecanismo *regular* de formulação das regras que interferem na gestão local das políticas. Estas são as regras da descentralização, consubstanciadas nas NOBs, cujas arenas de formulação são o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite. Além disso, no plano local, a detalhada regulamentação das NOBs também subtrai dos legislativos locais grande parte da possibilidade de interferência sobre as decisões da política de saúde. Finalmente, Eduardo Marques e eu (Arretche e Marques, no prelo) não encontramos qualquer evidência de que os legislativos municipais tenham representado um ponto de veto para a execução da política local de saúde. Nem o percentual de votos obtidos pelo bloco ideológico do partido do prefeito na Câmara, nem o fato de que o prefeito e o vereador mais votado pertençam ao mesmo partido – indicadores que evidenciariam que o prefeito dispõe de maioria no Legislativo local – revelaram ter qualquer influência sobre os resultados da política municipal de saúde.

A complexidade da estrutura institucional do SUS explica por que têm sido longos os processos de formulação (Levcovitz, 2001) e implementação das NOBs (Guimarães, 1995; 2001; Lucchese, 1996; 2001), assim como o período entre as primeiras medidas de descentralização e a adesão de 99% dos municípios brasileiros ao SUS, com a qual se completou a montagem de um sistema hierarquizado e descentralizado de serviços de saúde.

Esta engenharia institucional deve viabilizar a realização dos objetivos gerais do SUS, quais sejam, a *universalização* do direito de acesso a ações e serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, o que implica a necessidade de uma *alocação eqüitativa de recursos federais* aos estados e municípios para o financiamento de ações e serviços de saúde, objetivos estes de natureza *redistributiva*.

Deve também viabilizar respostas a *problemas novos* derivados seja da própria implementação do SUS, seja da interface com outras políticas setoriais, seja ainda de novas determinações constitucionais e legais que interferem na política de saúde.

Finalmente, deve viabilizar que os governos tenham incentivos para gerir as políticas de saúde com *eficiência*, o que implica a necessidade de consolidar processos racionais de produção e provisão de insumos e serviços.

Como operam os mecanismos de controle e indução do SUS?

O controle dos eleitores

Não podemos afirmar com segurança que os eleitores punam os maus governantes. Cheibub e Przeworski (1997) examinaram a extensão em que o desempenho econômico dos governos afeta a sobrevivência política dos governantes em democracias de 135 países, no período entre 1950 e 1990, e concluíram que *a sobrevivência dos presidentes parece ser completamente independente do desempenho econômico e, portanto, ou bem nossos procedimentos estatísticos são falhos, ou bem os governantes não são responsáveis politicamente perante o eleitorado* (Cheibub e Przeworski, 1997). Qual seja, não há evidências empíricas suficientes de que o eleitor pune o mau desempenho e premia o bom desempenho dos governantes. É possível que o voto dos eleitores se pautem por outras razões que não o seu bem-estar material (Cheibub e Przeworski, 1997), o que pode ser extensivo à política de saúde.

Destacamos ainda que o eleitor médio não tem interesse particular sobre os detalhes e modos de organização da administração pública (Moe, 1989), os quais têm de fato impacto sobre a eficiência das políticas e o bem-estar dos cidadãos.

Poder-se-ia, entretanto, argumentar que, no plano municipal, a visibilidade da ação dos governantes é maior e, portanto, ali a conquista do eleitor funcionaria como um incentivo ao compromisso dos governos com a política de saúde. Neste caso, seria plausível supor que a competição eleitoral gerasse maior provisão de serviços de saúde. Eduardo Marques e eu (Arretche e Marques, no prelo) avaliamos o impacto da competição eleitoral sobre a oferta de serviços ambulatoriais em 611 municípios brasileiros e concluímos que não é possível afirmar que a primeira tenha tido qualquer efeito sobre a última.

Neste mesmo trabalho, concluímos que as preferências ideológicas do eleitorado local revelaram ter um efeito apenas moderado sobre a provisão municipal de serviços de atenção básica à saúde. Nas cidades em que o eleitorado apresenta preferência por candidatos filiados a partidos considerados de direita e que elegeram prefeitos filiados a partidos de direita em 1996 (PFL, PPB), as prefeituras tenderam a produzir menor volume de atendimentos ambulatoriais

em 1998 (com elevada confiabilidade estatística: $-0,281$ e $-0,132$, respectivamente). Contudo, não é verdade que nas cidades cujo eleitorado tenda a eleger candidatos filiados a partidos de esquerda, a provisão de serviços ambulatoriais seja significativamente superior (PT, PV, PDT, PC do B, PSB). Portanto, pode-se afirmar com razoável margem de segurança que, *durante o período de municipalização*, a expansão da oferta pública de serviços ambulatoriais municipais não pode ser associada a nenhuma corrente ideológica particular, quer de direita, quer de esquerda.

Não há dúvida de que os mecanismos de seleção e punição dos governantes que a democracia confere aos eleitores, bem como o controle público sobre a ação dos governos que a livre manifestação da opinião confere aos cidadãos em geral, são instituições políticas da maior relevância como incentivo ao bom desempenho dos governantes. O fato de que, na fase de implantação da municipalização, a expansão da oferta de serviços não possa ser associada a nenhuma corrente política particular revela que *todas* as correntes políticas estiveram interessadas em agradar seus eleitores com serviços de saúde, *independentemente* de haver ou não competição eleitoral.

Entretanto, essas evidências empíricas sugerem que não seria suficiente confiar que os incentivos à gestão responsável dos governos possam advir *exclusivamente* da ameaça de punição dos eleitores. Em primeiro lugar, porque a capacidade de controle dos cidadãos/usuários sobre as decisões dos administradores municipais é reduzida (Costa *et al.*, 1999).

E ainda porque o caráter redistributivo das transferências fiscais e de saúde permite que governos locais aumentem a provisão de serviços de saúde, produzindo maior bem-estar a seus eleitores, sem que tenham de aumentar impostos para financiá-los. É certo que para garantir patamares básicos de serviços públicos a todos os cidadãos, sistemas nacionais de políticas públicas *devem* viabilizar que os governos locais financiem suas políticas independentemente de sua capacidade tributária, rompendo o vínculo entre capacidade de gasto e de tributação. No entanto, na ausência de mecanismos de controle, esta forma de financiamento pode produzir incentivos para a ineficiência.

Finalmente, se a única motivação de um governante for oferecer bem-estar a seus eleitores, ele poderá ampliar benefícios no momento presente, às custas do endividamento e transfe-

rir a conta para administrações futuras, o que implicará a redução do bem-estar dos cidadãos no futuro.

Portanto, um sistema nacional de políticas que pretenda produzir *simultaneamente* universalização, equidade e eficiência não poderia repousar *exclusivamente* sobre os mecanismos de punição que os eleitores têm sobre seus próprios governantes no plano local, o que nos remete novamente para a complexa estrutura institucional do SUS.

O papel dos conselhos

A institucionalização dos direitos de participação de representantes de grupos organizados e/ou usuários na formulação, acompanhamento e controle social da política de saúde foi preconizada pela lei 8.142/90 e consolidada com a NOB/93, que condicionou a habilitação ao SUS à instalação de Conselhos de Saúde. Em tese, representantes de usuários ou de entidades da sociedade civil deveriam ter – ou adquirir – conhecimentos sobre os detalhes administrativos de uma política, estando, portanto, mais aptos que os eleitores a exercer controle sobre a ação do executivo. Além disso, nos conselhos, os direitos de participação envolvem a obrigação do executivo de prestar informações e de submeter decisões a representantes da sociedade civil, criando, assim, espaços de participação que não estão à disposição dos eleitores comuns.

A despeito da proliferação de trabalhos e teses sobre os conselhos de políticas sociais no Brasil, pouco acumulamos em termos mais conclusivos quer quanto ao impacto efetivo dos conselhos sobre a gestão das políticas, quer sobre as condições favoráveis a seu bom funcionamento. A dificuldade de definir o que seja bom desempenho dos conselhos, a dificuldade de construir indicadores úteis e confiáveis para comparar uma amostra razoável de casos e a enorme quantidade de conselhos hoje existentes estão entre os principais obstáculos para avaliarmos o impacto real dos conselhos.

As interpretações mais influentes sobre as condições para que os conselhos possam de fato influenciar as decisões dos executivos dividem-se basicamente em três correntes. Há estudos que enfatizam a cultura política; no caso brasileiro, a sobrevivência de padrões autoritários de relação entre Estado e sociedade civil, herança de nossa formação histórica (Dagnino, 2002). Mais recentemente, sob a influência da

teoria do capital social (Putnam, 1996), um conjunto crescente de trabalhos tem examinado a importância de formas prévias de organização comunitária e associativa para a qualidade da participação nos conselhos (Costa, 2000; Labra, 2002; Côrtes, 2002). Finalmente, sob a influência do neo-institucionalismo, outros trabalhos examinam a hipótese de que certos tipos de instituições estatais e desenhos de políticas podem induzir o ativismo cívico em comunidades com escassa experiência de organização prévia, ou mesmo caracterizadas por relações marcadamente clientelistas (Cohen e Rogers, 1995; Abers, 1997; Tandler, 1998).

Avaliações sobre o funcionamento dos conselhos municipais de saúde indicam que o posicionamento ideológico dos gestores municipais interfere decisivamente em seu funcionamento (Côrtes, 2002) e que aqueles apresentam maiores avanços e efetividade em municípios governados por coalizões progressistas (Labra, 2002). Côrtes (2002) comparou o desempenho dos conselhos de saúde e assistência em Porto Alegre e concluiu que a tradição setorial de participação – vale dizer, o tempo de existência de conselhos efetivos – interfere em seu desempenho, mas que as relações entre a burocracia do setor e as lideranças populares têm um papel decisivo na forma pela qual a participação ocorre. A abertura dos funcionários públicos encarregados da relação com os conselheiros à sua participação se traduz em mecanismos operacionais aparentemente irrelevantes, mas fundamentais para a efetivação da participação, tais como: horários e locais das reuniões, caráter público ou fechado dos encontros, tarefas exigidas ou autorizadas aos conselheiros, etc. Dantas *et al.* (s.d.) avaliaram os conselhos municipais de saúde na Bahia em 1995-1996 e observaram que 64% não dispunham de um espaço próprio para reuniões, o que significa que o funcionamento dos conselhos dependia em grande medida de uma infra-estrutura operacional controlada por funcionários públicos.

Portanto, embora estudos demonstrem que a capacidade de influência dos conselhos de saúde na formulação e avaliação de políticas seja muito baixa, que a participação efetiva dos conselheiros é limitada pela linguagem técnica adotada pelos funcionários e que há manipulação e autoritarismo em seu funcionamento (Labra, 2002), nada indica que este instrumento não ofereça oportunidades institucionais de controle e participação dos usuários sobre os governos; em outras palavras, comunidades

com prévia experiência de mobilização cívica podem fazer uso dos conselhos para controlar os executivos locais, assim como comunidades sem prévia experiência podem adquiri-la através dos conselhos. Mais que isto, dada sua institucionalização, governos locais contrários à participação têm a opção de manipulá-los, mas não podem eliminar sua existência.

Entretanto, o otimismo quanto às possibilidades potenciais dessas instituições deve ser examinado sob o ângulo das condições que favorecem seu funcionamento efetivo. As análises precedentes indicam, salvo demonstrações em contrário, que a possibilidade de controle efetivo depende fortemente – pelo menos, até o momento – da orientação política das administrações ou da disposição unilateral de funcionários públicos setoriais, uma vez que a natureza da relação entre estes e os usuários depende basicamente da vontade e dos recursos com que contam os primeiros. Em outras palavras, a possibilidade de controle dos conselheiros sobre os governos depende em boa medida – pelo menos, nesta fase inaugural – da disposição dos próprios governos para serem controlados.

As relações intergovernamentais

Como vimos mais acima, as relações federativas no SUS operam através de uma complexa engenharia institucional, pela qual o Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento e coordenação intergovernamentais das ações descentralizadas, ao passo que a CIT é uma arena de representação federativa que tem poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Os governos subnacionais têm ainda a prerrogativa de não aderir aos programas federais, dada sua autonomia como entes federativos. Assim, embora a divisão de atribuições do SUS concentre autoridade no governo federal, a CIT seria um ponto de veto de estados e municípios na formulação das NOBs, assim como estes últimos poderiam exercer seu veto a uma política federal na fase de implementação, simplesmente não aderindo aos programas. Não ignoro que as NOBs também devem ser aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que constitui um ponto de veto adicional do processo decisório. A exclusão do CNS desta análise decorre apenas do fato de que esta não é uma arena de representação estritamente federativa.

Os anos 90 revelaram o poder de indução do Ministério da Saúde sobre as decisões dos governos locais. A trajetória da adesão de estados e municípios às sucessivas NOBs é reveladora deste fato. As NOBs 91/92 obtiveram a adesão de 1.074 municípios (Levcovitz, 2001) – 22% dos municípios brasileiros em 1993. Através da NOB/93, 3.127 municípios (Guimarães, 2001) – 63% do total em 1996 – e 26 estados (Lucchese, 1996) foram habilitados. A NOB/96 alcançou, como vimos mais acima, a adesão de 99,6% e 12 estados.

A adesão de 22% dos municípios às NOBs 91/92 não é irrelevante, se considerarmos que 1) parte de suas regras contrariavam princípios da Lei Orgânica da Saúde, recentemente aprovada; 2) sua estratégia de habilitação feria a autonomia dos municípios; 3) a extensão da modalidade de pagamento por produção aos provedores públicos reduzia o volume de transferências para os gestores locais (Carvalho, 2001; Levcovitz, 2001). Se acrescentarmos à orientação “antimunicipalista” destas NOBs a oposição da liderança do movimento sanitário e o fato de que o processo de descentralização estava apenas se iniciando, podemos concluir que uma taxa de 22% naquela ocasião já revelava a capacidade de indução do Ministério da Saúde.

A NOB/93, por sua vez – formulada a partir de um amplo processo de debates nos quais municipalistas tiveram destacada participação (Carvalho, 2001; Goulart, 2001) –, expressa uma estratégia que leva em consideração a capacidade de veto de estados e municípios à descentralização. A possibilidade de opção entre três distintas condições de habilitação, hierarquizadas de acordo com o grau de complexidade das funções de gestão, permite aos governos locais avaliar os custos e benefícios envolvidos em cada uma delas. A escolha é expressão de um cálculo que considera as próprias capacidades gerenciais, bem como a extensão da responsabilização política pela gestão da saúde que os gestores locais pretendiam assumir. A NOB/93 ainda punia a não-adesão com não-recebimento das transferências do Ministério da Saúde, bem como premiava a escolha pela condição de gestão mais próxima dos objetivos da reforma com o recebimento da totalidade das transferências automáticas.

Entretanto, a crise do financiamento da área de saúde a partir de meados de 1993 – derivada da recusa do ministro da Previdência de efetivar as transferências constitucionais da Seguridade Social para a saúde (Weyland, 1996) –,

combinada com a fragilidade do ministro da Saúde em relação à área econômica (Goulart, 2001) tiveram como conseqüência a incapacidade do Ministério da Saúde em cumprir os compromissos da NOB/93 com os estados e municípios habilitados (Lucchese, 1996). Naquelas condições, ao decidir pela habilitação, os governos locais corriam o risco real de assumir responsabilidades por funções de gestão – as quais implicariam gastos adicionais e responsabilização política –, em condições de elevada incerteza quanto à efetivação das transferências do Ministério da Saúde. Uma taxa de 63% de adesão municipal à NOB/93 – com apenas 144 municípios na condição simplificada (Guimarães, 2001) – pode muito bem ser expressão desta incerteza.

A elevada taxa de adesão dos governos locais à NOB/96 é, sem dúvida, expressão dos efeitos cumulativos do longo processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil, mas também – e principalmente – dos incentivos à adesão envolvidos em suas regras. A possibilidade de escolhas para a habilitação permaneceu, envolvendo a possibilidade de evitar a dimensão mais complexa e conflituosa da gestão local dos serviços de saúde, relacionada à gestão da média e alta complexidade. Além disso, apenas 2% dos municípios tinham um PAB *per capita* superior ao da NOB/96 e, portanto, tiveram perdas com a nova regra de distribuição das transferências; 66% tiveram ganhos e, para 22%, a mudança da regra foi neutra (Costa *et al.*, 1999). Finalmente, na implementação da NOB/96, o Ministério da Saúde foi capaz de conferir credibilidade ao cumprimento de seus compromissos com os governos locais.

A capacidade de indução do Ministério da Saúde não se restringe à habilitação dos municípios ao SUS, mas se estende às prioridades dos governos locais na gestão de seus sistemas de saúde, isto é, as regras das NOBs interferem nas prioridades dos governos locais. As regras das NOBs 91 e 92, acompanhadas da ausência de um sistema de controle de fraudes, estimulava a maximização das ações de assistência médica em detrimento da adequação aos perfis de necessidades de saúde (Levcovitz, 2001). A ausência de mecanismos de financiamento à vigilância sanitária na NOB/93 explica em grande parte por que esta não entrou na agenda dos governos locais (Lucchese, 2001). O número de visitas domiciliares *per capita* aumentou espantosamente em todos os estados brasileiros entre 1997 e 1999 (Marques e Arretche, 2002). A co-

bertura do PSF e PACS juntos aumentou de 1,1 milhão em 1994 para 12,1 milhões em 1999 e de 328 equipes para 3.500 equipes, respectivamente (Medici, 2002). Esta expansão é decorrência direta dos incentivos da parte variável do PAB.

Entretanto, a capacidade de indução do Ministério da Saúde parece ainda não ter confirmado a proposição de Banting (2001), segundo a qual estados federativos que concentraram as funções de financiamento e coordenação intergovernamental no governo federal e implementaram políticas de saúde de caráter redistributivo lograram reduzir as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde. Embora a média *per capita* da produção ambulatorial dos municípios brasileiros tenha se elevado de 7,5 em 1997 para 9 em 2000, o desvio padrão permanece exatamente o mesmo – 4,5 – e é muito próximo da média. Isto é, aumentou o acesso, mas a desigualdade na produção de serviços ambulatoriais entre os municípios se manteve. A média *per capita* de consultas básicas dos municípios permaneceu em 1,4 de 1997 para 1999, com ligeiro declínio no desvio padrão – 0,9 para 0,8; isto é, quase nada mudou na distribuição das consultas básicas. As visitas domiciliares dos agentes municipais praticamente não existiam em 1997 e saltaram para uma média nacional de 1,2 em 1999, mas o desvio padrão é superior à média: 1,9. Embora tenham se elevado em volume, as visitas domiciliares permaneciam muito concentradas em 1999. A produção média *per capita* de serviços de alta complexidade nos municípios em 1997 era de 0,5 pulando para 1 em 1999, mas o desvio padrão pulou de 3,4 para 6,4, respectivamente. Isto é, a média aumentou porque a produção de serviços de alta complexidade elevou-se em alguns poucos municípios líderes, aumentando, portanto, a concentração da oferta. O gasto *per capita* em AIHs e SIAs nos municípios aumentou ligeiramente entre 1997 e 1999 – de R\$24,00 para R\$25,00 –, mas o desvio padrão também aumentou: de 22 para 25; isto é, elevou-se ligeiramente o gasto, mas a concentração do gasto aumentou ainda mais (Marques e Arretche, 2002).

Seria ingênuo atribuir esses resultados apenas à capacidade de indução do Ministério da Saúde sobre os gestores locais. Fatores de outra natureza interferem diretamente na concentração da oferta de serviços de média e alta complexidade, tais como a limitada capacidade de investimento do Ministério da Saúde nos anos 90 (Piola e Biasoto Júnior) e o fato de que o gasto público em alta e média complexidade é for-

temente dependente da oferta de hospitais privados e filantrópicos, os quais tendem a concentrar-se em municípios com renda mais elevada.

Não seria inoportuno, entretanto, perguntar-se sobre as razões da resistente desigualdade na oferta de serviços ambulatoriais entre os municípios. Em sistemas, como o SUS, em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, os agentes encarregados da execução – no caso do SUS, os municípios – têm suas próprias agendas, as quais podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente. Como têm controle sobre a execução dos serviços, os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências. Nestas condições, sistemas de avaliação, controle, auditoria e monitoramento do desempenho dos agentes assumem relevância estratégica (Chai, 1995; Hurley *et al.*, 1995). Não há dúvida de que o sistema de auditoria e monitoramento do Ministério da Saúde fez grandes progressos nos anos 90, mas talvez estes não tenham sido suficientes.

Além disto, trata-se de perguntar o que tem sido objeto da avaliação de desempenho dos gestores locais. Barros (2001) considera, por exemplo, que têm sido minimizadas as exigências com relação a resultados, o que permite aos gestores locais o uso de artifícios para adequar a aplicação dos recursos às suas necessidades. Neste caso, a desigualdade de resultado seria consequência do conteúdo das próprias NOBs. Melhor dizendo, ao privilegiar regras que produzissem a adesão dos municípios ao SUS, no contexto de construção do sistema descentralizado, exigências orientadas a reduzir a desigualdade no acesso aos serviços estiveram em segundo plano na escala de prioridades.

Passemos agora ao exame da capacidade de as representações de estados e municípios influírem na formulação da política de saúde do governo federal. O processo de formulação e implementação das NOBs 91 e 92 evidenciou que, dadas as funções atribuídas ao Ministério da Saúde no SUS, este contava com recursos institucionais para impor unilateralmente regras de operação aos demais entes federativos; mais que isto, dependendo da orientação política que estivesse no comando do ministério, mesmo conquistas legais – inscritas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde – poderiam ser ameaçadas. A oportunidade política da gestão Jamil Haddad permitiu que a NOB/93 institucionalizasse os direitos de participação das representações de estados e municípios

na formulação das regras da descentralização na NOB/93, através da CIT.

Desde então, esses direitos de participação têm sido respeitados na formulação das Normas Operacionais. Entretanto, arenas decisórias não são neutras – isto é, sua própria configuração privilegia alguns atores em detrimento de outros (Immergut, 1996). Portanto, o fato de que o Ministério da Saúde seja o ator mais poderoso desta arena – uma vez que controla recursos dos quais dependem os demais – pode representar um claro limite à possibilidade efetiva de interferência no conteúdo das decisões. Mais que isto, mesmo que haja consenso em torno de uma norma, o Ministério da Saúde tem recursos para alterar seu conteúdo na implementação das decisões através de portarias administrativas editadas unilateralmente (Carvalho, 2001; Levcovitz, 2001).

Em suma, não há dúvida de que o Ministério da Saúde dispõe de recursos institucionais para induzir as decisões dos governos locais. Na fase de implantação da descentralização, esta capacidade foi utilizada principalmente para obter a adesão ao SUS. Entretanto, embora haja uma tendência à redução das diferenças entre os municípios quanto à participação no total da produção de serviços básicos, permanecem grandes diferenças no que diz respeito ao acesso aos serviços. Embora outros fatores expliquem este resultado, ele parece ser em parte resultado das prioridades atribuídas à estratégia de descentralização. Por outro lado, embora estados e municípios tenham sido bem-sucedidos em institucionalizar seus direitos de participação no processo de formulação e implementação das regras da descentralização, o Ministério da Saúde ainda parece ser o ator mais forte nas arenas federativas.

O controle do Estado sobre os provedores

Sabemos muito pouco sobre as relações entre os governos locais e os provedores de serviços. Mais que isto: a crença nos benefícios da descentralização produziu uma espécie de obstáculo cognitivo, pelo qual a possibilidade da captura dos governos locais por interesses privados esteve fora da agenda de debates.

Até a NOB/96, a meta do SUS era de que os municípios deveriam ser capazes de “regular” todos os provedores dos mercados locais de saúde – públicos e privados, em qualquer nível de complexidade. A NOAS 2001 alterou essa orientação, reservando à União e aos estados a ges-

tão da média e alta complexidade. Penso que esta mudança apenas aparentemente recentraliza a política de saúde, e que, na verdade, a NOAS 2001 reconhece um fato. Se apenas 10% dos municípios estão credenciados na Gestão Plena do Sistema Municipal, a gestão do sistema hospitalar de fato não ocorreu.

Por outro lado, as relações dos governos locais com os provedores privados não se restringem aos provedores de serviços de média e alta complexidade. Ao produzir serviços de atenção básica, os governos locais se transformam em demanda da indústria farmacêutica e de equipamentos. E se é verdade que os interesses privados se ajustam às estruturas estatais, não há porque duvidar que estes setores da indústria também tenham descentralizado suas estratégias de oferta de produtos. Côrtes (2002) afirma que médicos e provedores privados continuam exercendo influência sobre os gestores locais, mas através de canais informais de participação.

Não sabemos a extensão em que governos locais são capturados por produtores de insumos médico-hospitalares no SUS, mas seria ingênuo duvidar que esse fenômeno ocorra. Mais que isso, ele desafia os indicadores tradicionais de desempenho, pois, neste caso, a expansão do gasto e da produção de serviços não é necessariamente expressão de melhoria do atendimento e de eficiência dos serviços.

Considerações finais

Nos marcos da democracia e do federalismo, o SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo e de provedores de serviços de saúde públicos e privados. Dada a distribuição de funções entre os níveis de governo no modelo SUS e dado o fato de que a municipalização da atenção básica já ocorreu, os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde.

Na estrutura institucional do SUS, eleitores e representantes dos usuários e da sociedade civil dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar a ação dos governos locais. A posição do Ministério da Saúde nessa estrutura também lhe permite ter expressivo poder de indução sobre as decisões e ações dos governos locais, ao passo que estes dispõem de direitos institucionalizados de participação nas decisões do Ministério da Saúde que lhes dizem respeito. Em conjunto, estes instrumentos deveriam produzir incentivos para que os governos locais fossem comprometidos com uma gestão responsável e eficaz dos serviços de saúde, o que compreende a eficiente regulação dos provedores públicos e privados.

A despeito dos limites de nossas análises e avaliações, as evidências sugerem que os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores diretamente interessados em suas ações. Penso contudo que se trata mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura.

Referências bibliográficas

- Abers R 1997. *Inventing local democracy: neighborhood organizing and participatory policy making in Porto Alegre*. Tese de doutorado, University of California.
- Arretche M 1996. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11(31):44-66.
- Arretche M 2000. *Estado federativo e políticas sociais. Determinantes da descentralização*. Revan, Rio de Janeiro.
- Arretche M 2002. *The politics of health care reform in Brazil*. Trabalho apresentado no workshop "The politics of education and health reform", promovido pelo Woodrow Wilson Center, Washington D.C.
- Banting K & Corbett S 2001. *Federalismo y política de atención a la salud*. Paper apresentado na conferência Federalismo e Políticas de Saúde. São Paulo.
- Barros E 2001. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
- Bossert T 1996. Decentralization, pp. 147-60. In K Janovsky (ed.). *Health policy and systems development: an agenda for research*. World Health Organization, Geneva.
- Bossert T 2000. *Decentralization of health systems in Latin America: a comparative study of Chile, Colombia and Bolivia*. Publications of the Latin America and the Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, mimeo.
- Carvalho G 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):435-444.
- Chai Y-M 1995. The interaction effect of information asymmetry and decentralization on managers' job satisfaction: a research note. *Human Relations* (48)6.
- Cheibub JA & Przeworski A 1997. Democracia, eleições e responsabilidade política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 12(35):49-60.
- Cohen JM & Peterson SB 1996. Methodological issues in the analysis of decentralization. *Development Discussion Paper* No. 555. Harvard Institute for International Development, Cambridge MA.
- Cohen J & Rogers J 1995. *Associations and democracy*. Verso, Londres-Nova York.
- Collins C 1996. Decentralization, pp. 161-178. In K Janovsky (ed.). *Health policy and systems development: an agenda for research*. World Health Organization, Geneva.
- Côrtes SMV 2002. *Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre*. Trabalho apresentado no seminário Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil, Unicamp, 20-1 de março de 2002. Mimeo.
- Costa ACG 2000. *O impacto do PCPR sobre a participação comunitária e o desenvolvimento de capital social*. (Mimeo).
- Costa NR, Silva PLB & Ribeiro JM 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público* 50(3):5-30.
- Costa NR 2001. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva, pp. 307-321. In B Negri & G Giovanni 2001. *Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Campinas.
- Dagnino E 2002. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In E Dagnino. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Paz e Terra, São Paulo.
- Dantas T, Molesini J, Gomes IF & Teixeira C s.d. *Conselhos Municipais de Saúde na Bahia. Avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde*. Relatório de Pesquisa. Projeto Impacto da Capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde na Bahia.
- Esping-Andersen G, 1999. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press, Oxford.
- Ferreira SG 2002. Federalismo fiscal, municípios: despesa com saúde e transferências federais. *Informe-se* 38. Banco Federativo do BNDES.
- Goulart FAA 2001. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):292-298.
- Guimarães L 1995. *Indução de novas práticas de gestão do sistema de saúde. Análise do componente normativo do Ministério da Saúde*. Monografia de conclusão de curso de especialização, Universidade de Brasília.
- Guimarães L 2001. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios de saúde de Mato Grosso*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Hall P 1993. Policy paradigms, social learning, and the state. The case of economic policymaking in Britain. *Comparative Politics*, abril:275-96.
- Hurley J et al. 1995. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Social Science and Medicine* (41)1:3-11.
- IBGE 1998. *PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*.
- Immergutt EM 1996. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (30)11:139-163.
- Labra ME 2002. *A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde no Rio de Janeiro e a dimensão associativa*. Relatório de pesquisa, Fiocruz.
- Levcovitz E, Lima L, Machado C 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- Lucchese P 1996. Descentralização do financiamento e da gestão da assistência. Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 14:75-156.
- Lucchese P 2001. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In S Rosenfeld (org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Marques E & Arretche M 2002. *Condicionantes locais da descentralização da política de saúde*. Trabalho apresentado no XXVII Encontro Nacional da ANPOCS. (Mimeo).
- Medici A 2002. *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. BID, Washington. Ministério da Saúde, 2000. *Estimativas do Impacto da EC29/00*. (Mimeo).
- Moe TM 1989. The politics of bureaucratic structure, pp. 267-329. In JE Chubb & PE Peterson. *Can the government govern?* The Brookings Institution, Washington D. C.
- Negri B & Giovanni G 2001. *Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Campinas.
- North D 1990. *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge University Press, Cambridge.

- Ostrom V 1987. *The political theory of a compound republic*. University of Nebraska, Lincoln.
- Peterson GE 1994. *Decentralization experience in Latin America: an overview of lessons and issues*. Urban Institute, Washington DC.
- Peterson P & Rom MC 1990. *Welfare magnets. A new case for a national standard*. Brookings Institution, Washington.
- Peterson P 1995. *The price of federalism*. The Twentieth Century Fund, Nova York.
- Pierson P 1994. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Pierson P 2000. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review* 94 (2):251-67.
- Pierson P 2001. *The new politics of the welfare state*. OUP, Oxford.
- Piola SF & Biasoto Jr. 2001. Financiamento do SUS nos Anos 90, pp. 219-232. In B Negri & G Giovanni. *Radiografia da saúde*. Instituto de Economia, Campinas.
- Prud'Homme R 1995. The dangers of decentralization. *The World Bank Research Observer* 10(2):201-220.
- Przeworski A 1996. Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11(32):17-40.
- Putnam RD 1996. *Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna*. FGV, Rio de Janeiro.
- Rodden J (no prelo). The dilemma of fiscal federalism: grants and fiscal performance around the world. *American Journal of Political Science*.
- Rosanvallon P 1993. Pouvoir local, pouvoirs locaux. *Entrevista*, edição de outubro, pp. 39-46.
- Santos WG 1979. *Cidadania e justiça*. Campus, Rio de Janeiro.
- Tanzi V 1995. *Fiscal federalism and decentralization: a review of some efficiency and macroeconomic aspects*. Paper apresentado na Annual Bank Conference on Development Economics. Washington D.C.
- Tendler J 1998. *Bom governo nos trópicos*. Revan-Enap, Rio de Janeiro-Brasília.
- Weyland K 1996. *Democracy without equity*. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.